

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ARTHRITES GONOCOCCIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1933, à 17 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Henri MUNIER

Né le 22 Juillet 1909 à CHATEAU-SALINS (Moselle)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	}	MM. HAMANT, Professeur .	<i>Président</i>
		COLLIN, Professeur . .	} <i>Juges</i>
		WATRIN, Professeur . .	
		VERMELIN, Professeur .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

VERDUN
IMPRIMERIE H. FREMONT ET FILS
1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Contribution à l'étude
des arthrites gonococciques
et de leur
traitement chirurgical**

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ARTHRITES GONOCOCCIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1933, à 17 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Henri MUNIER

Né le 22 Juillet 1909 à CHATEAU-SALINS (Moselle)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. HAMANT, Professeur .	<i>Président</i>
		COLLIN, Professeur . .	
		WATRIN, Professeur . .	{ <i>Juges</i>
		VERMELIN, Professeur .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

VERDUN
IMPRIMERIE H. FREMONT ET FILS
1933

UNIVERSITE DE NANCY — FACULTE DE MEDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, O *, I ☼

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I ☼ ;
WEISS, O *, I ☼ ; BOUIN, O *, I ☼ ; ANCEL, *, I ☼ ;
GARNIER, *, I ☼ ; MACE, *, I ☼ ; P. PARISOT, O *, I ☼

Professeurs :

Anatomie pathologique.....	M. L. HOCHE, O *, I ☼.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I ☼.
Physique	M. DUFOUR, ☼, I *
Clinique des malad. syphil. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I ☼.
Clin. de chir. infantile et d'orthopéd.	M. R. FROELICH, *, I ☼.
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I ☼.
Clinique obstétricale et Accouchement.	M. A. FRUHHSHOLZ, O *, I ☼
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I ☼.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, *, I ☼.
Histologie	M. R. COLLIN, *, I ☼.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I ☼.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I ☼.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I ☼.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I ☼.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I ☼.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, O *, I ☼
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I ☼.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, A ☼.
Hydrologie	M. SAINTENOISE, ☼.
Clinique des maladies des enfants....	M. L. CAUSSADE, *, I ☼.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I ☼.
Histoire naturelle et parasitologie.....	M. G. THIRY, *, I ☼.

Chargés de Cours complémentaires :

Enseig. social de la tuberculose (1)....	M. J. PARISOT, O *, I ☼, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. M. PERRIN, *, I ☼, professeur.
Pharmacologie	M. M. PERRIN, *, I ☼, professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses ..	M. P. SIMONIN, I ☼, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I ☼, agrégé.
Clin. gynécolog. et Patholog. externe..	M. A. BINET, *, I ☼, agrégé.
Propédeutique chirurgicale	M. GUILLEMIN, A ☼, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses ..	M. DE LAVERGNE, *, I ☼, profes.
Cours d'embryologie et d'histologie....	M. WATRIN, *, I ☼, agrégé.
Médecine opératoire	M. M. BARTHELEMY, *, I ☼, agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, *, I ☼, agrégé.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, *, I ☼, agrégé libre.
Obstétrique	M. VERMELIN, *, A ☼, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. DROUET, A ☼, agrégé.
Anatomie et Médecine légale.....	M. MUTEL, *, I ☼, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, A ☼, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique	M. L. MERKLEN, A ☼, docteur.
Clinique neurologique	M. MICHON, docteur.

Agrégés en exercice :

M. BARTHELEMY, *, I ☼.	M. GUILLEMIN, A ☼.
M. LAMY, *, I ☼.	M. ABEL, *, I ☼.
M. MUTEL, *, I ☼.	M. DROUET, A ☼.
M. WATRIN, *, I ☼.	M. P. SIMONIN, I ☼.
M. VERMELIN, *, A ☼.	M. BINET, *, I ☼.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I ☼ ; S. RÉMY, I ☼ ; BUSQUET I ☼.
L. JOB, *, I ☼ ; M. FAIRISSE, I ☼
M. TRIBOLET, I ☼, Secrétaire.

(1) *Fondation de l'Université.*

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les approuver.



A MON GRAND-PERE

A MON PERE

A MA MERE

A MA SŒUR

A MES FRERES

« MEIS ET AMICIS »

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAMANT

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique chirurgicale.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLIN

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur d'Histologie.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WATRIN

Chevalier de la Légion d'honneur
Chargé de Cours d'Embryologie et d'Histologie.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VERMELIN

Chevalier de la Légion d'honneur
Chargé de Cours d'Obstétrique.

INTRODUCTION

Trop souvent, aux yeux des malades, la blennorrhagie est une maladie sans importance, une simple bagatelle qui ne mérite même pas d'être signalée parmi les antécédents pathologiques.

Dans ce travail, nous avons tenu à faire ressortir l'importance et la gravité des complications articulaires de cette maladie.

Après un aperçu historique rapide de cette question, nous envisagerons les différents aspects cliniques de ces arthrites, leur traitement, et nous insisterons sur le traitement chirurgical, spécialement sur l'Arthrotomie et la mobilisation immédiate, suivant le procédé adopté par notre Maître, Monsieur le Professeur HAMANT, dans son service chirurgical des Hôpitaux de Nancy.

DEFINITION

Cette affection fut très longtemps connue sous le nom de rhumatismes blennorrhagiques. Cette appellation fut attaquée en 1867 et FOURNIER lui-même s'en est porté défenseur. Quelque temps plus tard, elle dut être abandonnée parce que peu précise et fausse. En effet, c'est à une véritable arthrite que nous avons affaire ici, car il y a greffe gonococcique sur l'articulation elle-même ; les altérations périarticulaires telles que myosite et bursite n'étant que des complications de cette arthrite.

C'est donc à juste titre que ce terme d'arthrite gonococcique s'est imposé et actuellement est admis par tout le monde.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Longtemps, la blennorragie fut englobée avec la syphilis sous la dénomination générale de mal vénérien. Cependant, les auteurs distinguaient bien les deux maladies : l'une la vérole, l'autre la gonorrhée ou chaudepisse.

Dès 1507, FORESTUS relate le cas d'un jeune homme, revenant d'Italie, « affecté d'une gonorrhée avec enflure d'un testicule et aussi d'un genou ».

En 1664, dans son « Traité de la Maladie Vénérienne », MARTINIÈRE nous dit avoir vu des personnes ayant été traitées en vérolées pour une chaudepisse, avoir des douleurs insupportables dans les jointures... ».

Il nous faut ensuite passer à la fin du XVIII^e siècle pour voir reparaître d'autres observations analogues dans la littérature médicale. Cette fois, les faits sont mieux étudiés et présentés sous une forme plus précise :

SWEDIAUR, en 1781, fait cette remarque : « Il survient quelquefois, à la suite de la blennorrhagie de l'urèthre chez l'homme, un gonflement très considérable du genou, quelquefois des deux genoux et du calcanéum en même temps, et il s'y joint des douleurs affreuses dans l'articulation. Ces douleurs, accompagnées d'une fièvre symptomatique plus ou moins forte, durent pendant quinze à vingt jours et se dissipent par degrés. Elles laissent après elles une immobilité de l'articulation qui dure pendant plusieurs mois. C'est une espèce de maladie que les Anglais appellent « *White Swelling* », tumeur blanche du genou, parce que la peau n'est pas changée de couleur... Il est étonnant qu'aucun auteur n'ait parlé de cette affection comme symptôme ou comme suite de la blennorrhagie. Elle n'est cependant pas très rare, et j'en ai observé, dans le cours de ma pratique, six ou huit exemples; dans tous les cas, l'écoulement de l'urèthre avait sensiblement diminué ou même avait été entièrement supprimé ».

A cette même époque, Chrétien-Théophile SELLE nous apporte également son témoignage en disant : « Je puis assurer, par ma propre expérience et par celle des autres, que la matière gonorrhéique peut être absorbée et produire des douleurs aux articulations et des affections cutanées. Dans ce cas, les mercuriels doux ne produisent aucun effet ; les préparations caustiques de mercure, au contraire, réussissent souvent ».

HUNTER, en 1784, nous dit « connaître un mon-

sieur qui n'a jamais eu de gonorrhée sans être pris de rhumatismes, et cela arriva plus d'une fois ».

En 1806, 1807, 1808, Sir Astley COPPER professait déjà l'origine gonococcique de ces affections, si nous en croyons ELLISTSON.

Jusqu'en 1833, nous rencontrons les noms de REUSS et CALLISEN, du Baron YVAN, de HERNANDEZ qui signalent l'ankylose par soudure des pièces articulaires, de même CLOQUET prétend que les articulations coxo-fémorales sont plus souvent attaquées chez les femmes que chez les hommes. En 1833, RICORD décrit cette affection d'une façon tout à fait remarquable. Jusqu'en 1860 de nombreux auteurs, dont TEISSIER, ont touché à cette question. Cependant, tout le monde n'est pas convaincu et THIRY écrit « qu'il est impossible de découvrir la moindre relation de cause à effet entre une uréthrite et une arthrite ; l'explication par une métastase est une échappatoire ; il n'y a aucune affinité anatomique entre le tissu muqueux des organes génito-urinaires et le tissu séreux et fibreux des articulations ».

PETER aborde le sujet de front, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en posant nettement la question. « Il y a, dit-il, dans les accidents rhumatismaux, dans le cours de la blennorrhagie, un point de fait et un point de doctrine. Le point de fait, c'est la concomitance, la succession ou l'alternance des accidents rhumatismaux et de la blennorrhagie. Ce point de fait n'est pas discutable, les arthropathies surviennent fréquemment chez des individus blennorragiques. Le point de doctrine : y a-t-il coïnci-

dence ou corrélation. La corrélation peut s'entendre de deux manières : ou la blennorrhagie crée de toutes pièces une espèce de rhumatisme spécifique, ou elle ne fait que prédisposer à l'explosion des accidents rhumatismaux ; elle agit comme cause prédisposante, elle met l'organisme dans un état d'opportunité morbide ; il n'y a là qu'un rhumatisme ordinaire survenant dans le cours et par le fait d'une blennorrhagie chez un individu qui, sans cette blennorrhagie, aurait impunément ressenti l'influence du froid ».

« Ici la blennorrhagie ne joue qu'un rôle étiologique, elle prédispose ».

« Il ne me répugne pas de croire à l'existence d'un rhumatisme spécifique, seulement jusqu'ici j'en trouve les caractères vagues, mal accusés. A la Société de déterminer et de résoudre ces questions. L'abondance des observations et la qualité des observateurs n'y font pas défaut ».

Pour FOURNIER : « 1° L'affection uréthrale est la cause efficiente, directe, nécessaire. S'il n'avait pas de blennorrhagie, notre malade n'aurait pas le rhumatisme spécial dont il souffre aujourd'hui ; 2° les complications articulaires de la blennorrhagie sont très différentes comme symptômes, comme localisation, comme évolution, comme complications possibles, comme conséquences d'avenir et d'hérédité... d'où je crois que rhumatisme blennorrhagique et rhumatisme simple sont deux maladies essentiellement distinctes... Le rhumatisme blennorrhagique a, dans ses formes pures et complètes, une physiono-

mie tellement spéciale, que l'on doit le diagnostiquer même avant d'avoir examiné l'urètre ; c'est-à-dire qu'il est possible d'affirmer la blennorrhagie, de par les symptômes mêmes du rhumatisme, ainsi que je l'ai vu faire par mon maître RICORT ».

HERVIEUX pressent la vérité en regardant le rhumatisme blennorrhagique comme la conséquence d'un véritable empoisonnement ; comment s'établit cette diathèse ajoute-t-il, y a-t-il métastase, pénétration directe du principe virulent dans les voies circulatoires ? Je l'ignore, mais je sais que la blennorrhagie peut donner lieu à des manifestations très variées et très multiples qui ne sont explicables que par une infection du sang, une intoxication. De même FÉRÉOL : « La puissance énorme de contagion de certaines chaudepisses, réduites à l'état de blennorrhée presque insignifiante, me paraît un argument très sérieux en faveur de l'hypothèse d'un virus non identique, mais analogue à celui du chancre mou ».

Enfin, les bactériologistes se mettent à l'œuvre avec HALLIER (1872), BOUCHARD (1878), SALISBURY (1879). NEISSER, en 1879, découvre et décrit le gonocoque. En 1884, KAMMERER trouve le gonocoque dans une articulation ponctionnée le deuxième jour.

FINGER, NEISSER font la preuve scientifique vraie de l'infection articulaire gonococcique. Enfin en 1894, HEWES isolait le gonocoque par ensemencement du sang de deux malades atteints de polyarthrites blennorrhagiques. D'autres hémocultures positives suivirent.

En 1900, BALZER, au Congrès International de Médecine, pouvait dire : « Le gonocoque de NEISSER, agent pathogène de la blennorrhagie des muqueuses, est aussi l'agent pathogène de l'infection générale.

Nous arrêterons ici cet historique : la preuve Bactériologique de l'arthrite gonococcique est obtenue.

CHAPITRE II

§ I. - ETIOLOGIE.

A) CAUSE EFFICIENTE

L'arthrite gonococcique est toujours une complication d'une atteinte blennorrhagique initiale. La lésion primitive la plus fréquente est assurément l'urétrite, chez l'homme, et, chez la femme, toute localisation gonococcique (Vulvite, vaginite, urétrite). Il ne faudrait pas cependant voir dans l'atteinte uréthrale « une cause essentielle, efficiente, indispensable » comme le voudrait FOURNIER.

En effet, bien d'autres portes d'entrée peuvent être incriminées :

Chez l'adulte, l'infection oculaire peut être le foyer primitif ; c'est ainsi que TESTELIN et PONCET soignant un malade atteint de panus ont vu une arthrite gonococcique consécutive à l'inoculation blennorrhagique à la conjonctive.

De même la balanite et la blennorrhagie anale sont susceptibles de complications articulaires. Nous laisserons de côté les portes d'entrée véritable-

ment exceptionnelles : ulcères de jambe infectés (LEEDE), lésion du doigt (dactylite suppurée), citée par OTTO MAYER, et abcès lymphangitique, décrit par GODWINSKI. Mieux vaut insister sur l'urétrite.

L'intensité plus ou moins grande de l'écoulement ne semble pas jouer un rôle dans la genèse des complications articulaires. L'urétrique chronique peut se compliquer des mêmes formes d'arthrite que l'urétrite aiguë.

La profondeur des lésions gonococciques joue, par contre, un rôle assez fréquent : une urétrite d'apparence légère peut se compliquer, mais presque toujours c'est une urétrite postérieure ou une urétrite chronique indolore, passée inaperçue.

Le rôle des vésicules séminales a été très étudié, surtout par KREISSL, FULLER et ROSE. Certains y voient de véritables réservoirs de virus, théorie confirmée par le succès de la sémino-vésiculotomie dans certaines arthrites.

B) CAUSES PRÉDISPOSANTES

a) La diathèse arthritique doit-elle être considérée comme favorisant une localisation articulaire de la blennorrhagie. A ce sujet, des opinions nombreuses et contradictoires ont été émises. Toutefois, il ne semble pas y avoir de corrélation. MONDOR, dans ses quatre-vingts observations personnelles, n'a relevé aucun antécédent rhumatismal ; de même, les malades, dont nous citerons les obser-

vations plus loin, sont tous exempts de passé arthritique.

b) En revanche, il est à noter qu'une première atteinte articulaire blennorrhagique prédispose très nettement aux rechutes en cas d'une nouvelle infection gonococcique.

c) Existe-t-il une prédisposition familiale ? Malgré quelques observations publiées dans la littérature médicale, cela semble peu probable.

d) Si le rôle des antécédents personnels ou familiaux est négligeable, celui des circonstances adjuvantes est très net.

1° Le traumatisme joue certainement un rôle dans l'étiologie des arthrites gonococciques : de très nombreuses observations ont été faites sur ce point. Mais ici, il faut savoir faire la part exacte de la vérité et de la fable, car souvent le malade, de bonne foi ou à dessein, invoque le traumatisme comme cause de son affection.

2° Quelle est l'influence du sexe ? Sujet très controversé ; cependant, le gonocoque paraît s'attaquer également aux articulations des hommes et des femmes. Cependant la grossesse et l'accouchement sont deux causes nettement favorisantes de l'arthrite blennorrhagique. De même leur apparition correspond très souvent avec l'époque menstruelle.

3° Sans atteindre spécialement l'adulte, l'arthrite gonococcique n'en est pas moins de beaucoup plus

fréquente à cet âge. En effet, c'est la période par excellence des contaminations vénériennes, partant de leurs complications. Néanmoins, les enfants et même les nourrissons n'en sont pas indemnes et la littérature médicale en cite plusieurs exemples. Chez le vieillard, une première atteinte est assez rare, le plus souvent il s'agit d'une rechute.

4° La profession n'est pas sans influence sur la genèse de l'arthrite. En effet, le traumatisme joue un rôle dans son éclosion, donc plus un homme est exposé aux heurts de par sa profession, plus il court de risque. De plus, il est à noter que le gonocoque se localise d'ordinaire sur des articulations qui travaillent beaucoup ; le métier a donc aussi une influence sur la localisation articulaire.

C) LOCALISATION

D'après les statistiques, le genou serait l'articulation la plus souvent touchée. Viendraient ensuite : le poignet, le calcanéum, le coude, la hanche, les articulations sternoclaviculaires, tibrio-tarsiennes, astragalo-scaphoïdiennes, vertébrales, etc... En pratique, on peut dire que le gonocoque s'attaque à toutes les articulations sans marquer de grandes préférences, sauf toutefois pour le genou, et que la véritable cause de la localisation articulaire est encore bien mystérieuse.

§ 2. - PATHOGENIE.

1) *Théories anciennes*

Avant la découverte du gonocoque, de nombreuses théories prétendent détenir la vérité, mais toutes sont plus ou moins fantaisistes. Cependant, LASÈGUE, avec sa théorie de la pyohémie atténuée, s'approche déjà du vrai.

Enfin, NEISSER découvre le gonocoque en 1878 et ouvre ainsi une voie nouvelle et sûre aux recherches. En 1876, LAPERSONNE pouvait déjà dire : « En grande majorité, l'arthrite est bien sous la dépendance directe de l'infection générale produite elle-même par la présence d'un microorganisme ». Mais la preuve n'est pas encore faite ; la présence du gonocoque dans l'articulation est bien démontrée, mais la plupart ont des résultats négatifs ou même contradictoires. Aussi, quelques hypothèses s'échafaudent aussitôt ; nous n'en donnerons que quelques-unes.

a) Intervention d'autres microbes que le gonocoque.

Se basant sur quelques examens de liquide articulaire où l'on a trouvé des staphylocoques ou des streptocoques.

Cette théorie ne se discute même plus.

b) Association du gonocoque à d'autres germes.
Se basant également sur des examens bactério-

logiques peu probants, cette théorie se justifie dans ce sens qu'il y a parfois concomitance infectieuse ou surinfection, mais l'association microbienne ne saurait être rendue obligatoire.

c) Théorie des toxines gonococciques.

WASSERMANN et NICOLAÏSSEN ont montré l'existence de toxine gonococcique qui, selon eux, provoquerait des arthrites par localisation articulaire. Cette théorie explique, en effet, que l'on ne trouve pas de gonocoque dans de nombreux examens bactériologiques faits en se conformant strictement aux règles établies.

Mais quelque temps après, WASSERMANN précisait que ces toxines étaient des entodoxines, et qu'elles ne pouvaient agir à distance du corps microbien lui-même.

Sans nier absolument l'influence des toxines dans la marche d'une arthrite, on ne peut les tenir pour seules responsables de la genèse de l'infection articulaire.

d) Influence d'une lésion nerveuse préalable.

Cette théorie, défendue alors par MM. JACQUET, CHAUFFARD, MILIAN, SPILLMANN et HAUSHALTER, se basait sur quelques remarques cliniques : troubles trophiques parfois rapides et intenses, amyotrophies distantes de l'articulation, hyperkératose, tremblements fibrillaires, exagération des reflexes, algies symétriques, douleurs fulgurantes, etc..

Seul, un processus médullaire semblait pouvoir expliquer tous ces troubles.

2) *Théorie actuelle*

Mais tout ceci n'est qu'une hypothèse, et des examens cliniques et bactériologiques, plus nombreux et plus approfondis, ont amené à la vérité brutale :

Le gonocoque est la cause initiale de toute arthrite blennorhagique et lui seul doit être accusé.

Evidemment, de très nombreux examens bactériologiques ont démontré l'absence du gonocoque dans les liquides articulaires, et dans les quelques observations personnelles que nous citerons plus loin, le gonocoque n'a pas été trouvé une seule fois, et l'on peut affirmer avec TALZER que cela ne démontre pas toujours la non intervention de ce germe pour les raisons suivantes :

1°) Le gonocoque peut être présent dans une synoviale articulaire ou tendineuse sans que l'examen microscopique de la sérosité obtenue par ponction exploratrice puisse le démontrer : quelquefois, en effet, il ne flotte pas dans le liquide et reste implanté dans la synoviale.

2°) Il peut avoir disparu totalement dans le liquide si l'examen est trop tardif, car il meurt assez facilement dans les exsudats comme dans les milieux de culture.

Actuellement, tout le monde est unanime pour reconnaître le gonocoque comme seul agent des

arthrites blennorhagiques. Mais, comment ce microbe parvient-il aux articulations ? On a cru pouvoir affirmer que la migration se faisait par voie lymphatique, mais ce n'était là qu'une supposition, et les faits eux-mêmes contredisent cette hypothèse. En effet, des examens bactériologiques très sérieux, faits après hémoculture, ont montré la présence indéniable du gonocoque dans le sang. « On a pu, pour ainsi dire, surprendre le gonocoque à ses différentes étapes, au point où il pénètre dans les veines, dans la circulation sanguine et au niveau des métastases ». (LE MIERRE et FAURE-BEAULIEU).

Mais par quel processus le gonocoque provoque-t-il des types si différents d'arthrites ? S'attaque-t-il d'abord à l'os, ne donnant une arthrite que secondairement, ou bien peut-il se fixer sur la synoviale ou en dehors d'elle ? Questions qui ont toutes suscité nombre de recherches et nombre de polémiques. En 1907, NATHAN a très justement mis au point ces différentes questions : « Le degré de l'infection articulaire gonococcique dépend essentiellement de deux facteurs :

1°) Le tissu envahi.

2°) Le nombre et la virulence des organismes envahisseurs.

Les formes les plus malignes d'invasion articulaire par le gonocoque sont celles dans lesquelles le foyer primitif est la portion articulaire de l'os

et ceci peut amener à un épanchement séreux ou à une forme sèche... Le foyer primitif peut être l'os ou la synoviale ; dans le premier cas, nous aurons une ostéo-arthrite infectieuse ; dans le deuxième cas, nous aurons une arthrite.

NATHAN prétend, en outre, que l'infection articulaire simple ne peut gagner l'os par simple voisinage, car, dit-il, « le cartilage semble offrir une barrière impénétrable entre l'articulation et l'os » et les formes très sérieuses avec destructions osseuses seraient dues à un foyer primitif osseux. Cette distinction est assurément un peu trop catégorique et, actuellement, nous savons fort bien qu'il existe des atteintes osseuses secondaires à une infection articulaire.

Quant à la question de savoir où est le maximum de l'infection, est-il synoviale capsulaire ou péri-capsulaire ? c'est aller chercher bien loin. En tous cas, M. MONDOR répond très nettement à ce problème. On ne peut mieux faire que de le citer textuellement : « Si l'on s'applique à savoir l'essentiel, c'est-à-dire à aller chercher sous le microscope le lieu de l'infection maxima, on voit que c'est toujours au niveau même de la synoviale..., à s'en tenir aux faits, je considère que, dans les formes phlegmoneuses plastiques, exsudatives, la signature la plus lisible de l'infection gonococcique aiguë se lit sur la synoviale même et, sur celle-ci, près de son bord libre... Nos examens ont porté sur quinze biopsies : toutes les formes anatomiques cliniques étaient représentées ; toujours l'infection

était synoviale. Jamais nous n'avons vu une infection capsulaire isolée ; toujours l'infection était décroissante de la synoviale ou tissu cellulaire sous-cutané ».

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

A) CLASSIFICATION

Quels sont les différents aspects que présentent, en pratique, ces arthrites gonococciques, et comment peut-on les classer d'après leurs caractères cliniques ?

Longtemps on les a divisées en quatre grandes catégories : les arthralgies, les hydarthroses, la polyarthrite rhumatismale et l'arthrite aiguë phlegmoneuse (DUPLOY et BRUN).

KÖNIG, et avec lui toute l'école allemande, reconnaissait également quatre divisions : les formes hydarthrosiques, sérofibrineuses, suppurées et phlegmoneuses. La classification admise actuellement par tous les auteurs est celle que LESNÉ et LANGLE donnent dans leur « Traité de Médecine » :

- I - Arthralgie.
- II - Hydarthroses.
- III - Arthrites aiguës ou subaiguës.

- 1) Polyarthrite rhumatismale.
 - 2) Mono-arthrite.
 - 3) Forme septicémique.
- IV - Manifestations para-articulaires.
- V - Formes chroniques.
- a) Arthrite plastique ankylosante.
 - b) Polyarthrite noueuse déformante.
 - c) Spondylose rhizomélisque.
 - d) Ostéopériostite diaphyso-épiphysaire.

Cette classification ne peut prétendre à une rigueur mathématique, et entre les différentes formes nettement caractérisées s'échelonne une grande multiplicité de formes intermédiaires. Cependant, « on peut leur reconnaître quelques caractères communs : la ténacité, la tendance à la chronicité, à l'ankylose et aux rétractions fibreuses ».

Nous allons passer rapidement en revue ces différentes catégories d'arthrites ; pour plus de clarté, nous les étudierons dans l'ordre suivant :

1) *Arthrites aiguës* :

- a) Arthrite mono-articulaire.
- b) Arthrite phlegmoneuse.
- c) Polyarthrite pseudo-rhumatismale.
- d) Arthrite septicémique.

2) *Arthrites subaiguës* :

- a) Arthrites frustes.
- b) Arthrites avec épanchements.

3) *Arthrites chroniques* :

- a) Arthrites prolongées.
- b) Arthrites à rechutes.
- c) Arthrites chroniques d'emblée.

B) DESCRIPTION

§ 1. - ARTHRITES AIGUES

a) *Arthrites mono-articulaires et arthrites phlegmoneuses* :

La maladie débute par quelques douleurs vagues que le patient accuse par intermittence, sans toutefois que ce malaise l'oblige à interrompre son activité. Puis brusquement, le mal devient extrêmement violent et les douleurs, qui le plus souvent étaient extrêmement mobiles, viennent se fixer sur une articulation.

Cette période d'état est alors caractérisée par différents phénomènes : douleur atroce et gonflement assez conséquent. C'est une douleur bien particulière ; dans ce cas, elle est tout d'abord excessive, avec maximum nocturne, et persistante jusqu'au moment où un traitement spécifique est appliqué. De plus, cette douleur peut être provoquée très facilement et d'une manière intense par la simple pression du doigt sur un joint précis de l'articulation atteinte.

La tuméfaction suit de très près l'apparition de

ces douleurs, elle leur est pour ainsi dire concomitante. Elle débute en général au niveau de l'interligne articulaire, mais la tuméfaction gagne en amplitude pour atteindre un certain degré d'acuité car elle a toujours tendance à gagner les régions avoisinantes.

Quelle est l'origine de cette tuméfaction ? Ce n'est certes pas un épanchement, car, pour l'articulation du genou, la recherche du choc rotulien reste négative. De plus, la simple pression du doigt détermine le godet d'empreinte caractéristique de l'infiltration oedémateuse ; cette tuméfaction est donc due à une infiltration par la sérosité des tissus peri-articulaires. L'articulation prend alors un aspect particulier qui en impose parfois pour une collection purulente consécutive à une périostite avec téguments rouges ou rosés, chaleur locale et pseudo-fluctuation.

b) *Polyarthrite pseudo-rhumatismale* :

C'est la forme la plus fréquente des manifestations articulaires de la blennorrhagie ; d'un diagnostic assez délicat, elle est souvent confondue avec le rhumatisme articulaire aigu. Cette polyarthrite peut parfois disparaître sans laisser aucune trace, après s'être attaquée à presque toutes les articulations. Mais le plus souvent, après avoir atteint deux, trois ou plusieurs articulations, cette affection se fixe sur une seule, et s'y attaque avec acharnement, d'où le mot de LASÈGUE :

« Le rhumatisme blennorrhagique lèche plusieurs articulations, mais il en mord une particulièrement ».

De nombreux parallèles, dont le plus célèbre est celui de FOURNIER, ont été établis entre le rhumatisme articulaire aigu et cette polyarthrite. Mais, si complets qu'ils soient, ils ne peuvent établir une règle bien nette de discrimination et le diagnostic différentiel est laissé au sens clinique du praticien, car le rhumatisme gonococcique se présente parfois avec tous les signes du rhumatisme articulaire : angine, herpès, complications cardiaques, etc...

Il y a donc lieu, dans ce cas, de vérifier l'intégrité des voies génito-urinaires, d'interroger le malade d'une façon très attentive et de relever tout antécédent susceptible de mettre sur la bonne piste, enfin de noter l'allure de l'affection. Le plus souvent, il s'agit d'un malade ayant présenté une atteinte des voies génito-urinaires quelques jours ou quelques semaines auparavant, qui se plaint de courbatures, fièvre, maux de tête. Brusquement, quelques douleurs apparaissent à une ou plusieurs articulations ; ces douleurs sont très mobiles ; mais il est à remarquer que, souvent, une articulation est plus spécialement atteinte. L'évolution peut très bien s'arrêter là, ou au contraire se compliquer d'hydarthrose, de pyarthrose, d'arthrite phlegmoneuse ou d'ostéo-arthrite.

On a souvent remarqué un certain balancement dans l'allure de ces polyarthrites : l'atteinte initiale a-t-elle été très aiguë, la mono-arthrite terminale

est relativement bénigne ; au contraire, si la polyarthrite a été légère, les atteintes finales sont violentes, excessivement douloureuses et lentes à disparaître.

c) *Formes septicémiques :*

Longtemps, le gonocoque a été considéré comme un microbe ne s'attaquant qu'aux voies génito-urinaires et aux articulations. Mais, quand certaines arthrites, jusqu'alors rangées parmi les rhumatismes, ont été reconnues d'origine blennorrhagique, il fallut bien se rendre à l'évidence et constater que ce germe atteignait également tous les tissus.

Dès 1894, HEWES découvrait la présence du gonocoque dans le sang ; depuis cette date, les examens se sont multipliés et l'on voit que le passage de ce microbe dans le torrent circulatoire est un phénomène assez fréquemment observé.

Mais la diffusion dans tout l'organisme peut se faire de différentes sortes, comme l'ont fait remarquer récemment S. MANU, D. JANNESCO, I. CLAUDIAN et A. BRULL : « Généralement, on pourrait diviser les gonococcémies en deux grandes classes :

1°) Les bactériémies passagères théoriquement admises, au cours desquelles le microbe n'est qu'exceptionnellement isolé du sang, mais dont la présence dans la circulation est trahie par les localisations hématogènes de l'infection.

2°) Les septicémies proprement dites dans les-

quelles le germe se développe et pullule dans le sang en provoquant des symptômes cliniques plus ou moins bruyants d'infection générale. Cette dernière classe comprend deux catégories de cas de fréquence très inégale :

a) Les septicémies à métastases multiples, surtout articulaires et endocardiques, qui représentent l'immense majorité des cas.

b) Les septicémies pures où l'infection gonococcique se traduit exclusivement par des signes d'infection générale.

Presque toujours, cette septicémie se termine dès la localisation articulaire ; parfois, et surtout dans les cas où il y a endocardite, elle semble persister, mais alors il s'agit le plus souvent de véritables décharges microbiennes dans le sang, continuellement mis en contact avec un endocarde infecté. Cependant, on peut assister à un tableau complet d'infection généralisé, et FAURE-BEAULIEU distingue trois formes principales :

1) *Fièvre continue*, forme typhique très rare.

2) *Fièvre rémittente*, souvent forme anémique avec décoloration de la peau et des muqueuses.

3) *Fièvre intermittente* : « La maladie évolue par poussées successives tout à fait comparables à

celles du paludisme, grand accès avec les trois stades typiques de frisson, de chaleur, de sueur, ce dernier tout particulièrement intense, et la splénomégalie s'accroissant lors de l'accès ».

Un caractère particulier et pour, ainsi dire, caractéristique des infections gonococciques, c'est la présence à peu près constante des localisations articulaires : vingt-six sur trente-quatre cas d'après FAURE-BEAULIEU. C'est pourquoi cet auteur insiste en disant : « Quand, au cours d'un état septicémique se produisent des manifestations articulaires, ce seul fait doit inciter à soupçonner sa nature gonococcique et à faire la preuve de cette nature par les moyens dont on dispose... Il faut se méfier des observations étiquetées septicémies gonococciques sans preuve bactériologique, et où les tissus articulaires et para-articulaires sont restés absolument indemnes ».

En outre, en présence de toute polyarthrite, il faudra se poser la question de son origine gonococcique et du risque de gonohémie. « En un mot, en cas de gonohémie », la règle, c'est la localisation articulaire au premier plan..., elles peuvent être parfois le foyer d'une réinfection prolongée, ou le foyer d'aggravation septicémique d'une infection gonococcique jusqu'à bénigne.

Si l'arthrite est le signe de l'ensemencement général d'un moment, il y a des arthrites méconues ou mal traitées qui ensemencent à leur tour et seront des arthrites à complications septicémiques ».

On comprend dès lors l'importance d'un diagnostic rapide et sûr.

§ 2. - ARTHRITES SUBAIGUES

a) *Arthralgie* :

Dans cette catégorie, nous envisagerons tout d'abord le cas où l'arthralgie, plus ou moins accentuée, est le seul signe de la maladie.

En général, il s'agit de douleurs survenues brusquement, le plus souvent au cours de la nuit ; elles peuvent siéger sur une ou plusieurs articulations. Ces douleurs sont assez vagues, tolérables avec un maximum au réveil ; de plus, l'immobilité semble leur donner un regain d'acuité. D'autres malades, au contraire, accusent une exaspération du mal dans le courant de la nuit. Parfois, toute la maladie se borne à ces simples manifestations douloureuses qui, très souvent, sont dénommées rhumatisme, leur lien avec la blennorrhagie étant passé inaperçu.

Dans certains cas cependant, ces douleurs s'acharnent sur une articulation en particulier, avec une grande intensité ; le malade, alors, ne connaît pas de repos, elles sont devenues continues et toujours violentes. Toutefois, l'examen de l'articulation ne dénote rien de bien particulier, pas de rougeur, pas de tuméfaction, nulle difformité,

souvent même la palpation ne réveille aucune douleur.

Si cette complication blennorhagique n'évolue pas fatalement vers une forme plus grave, elle n'en reste pas moins très sérieuse, car elle est très sujette à des rechutes fréquentes, d'autant plus que l'absence de signe d'inflammation lui confère une apparence de bénignité. On devra donc, dans la pratique, en faire un diagnostic précoce, et l'attaquer énergiquement par un traitement approprié.

b) Arthrite avec épanchement :

Le nom d'hydarthrose que l'on attribue souvent à cette forme d'arthrite n'en donne qu'une idée approximative, puisque le plus souvent il s'agit d'un épanchement séro-fibrineux ou purulent.

1) Arthrite à épanchement séro-fibrineux :

La plupart du temps, ces arthrites siègent au genou ou au coude, sans toutefois épargner les autres articulations.

Le mode d'éclosion de cette forme est très variable ; tantôt elle s'installe d'une façon insidieuse, les douleurs sont très modérées et les signes locaux très peu accentués ; tantôt, au contraire, l'atteinte articulaire apparaît subitement avec des symptômes très intenses : douleurs atroces, énorme gonflement articulaire et température élevée. Souvent, l'épanchement est purement articulaire et

n'atteint que très peu les régions voisines ; cependant, un gros empâtement des parties molles peut, parfois, masquer un épanchement intra-articulaire assez important. On ne peut donc fixer de règle absolue et le diagnostic demandera alors un sens clinique très éveillé de la part du praticien.

Des premiers symptômes de l'atteinte articulaire, il est très difficile d'en prévoir l'évolution. Après un début très bruyant, les phénomènes peuvent régresser et même disparaître très rapidement ; tandis qu'il est certaines formes insidieuses, qui sont chroniques d'emblée. Toutefois, les rechutes sont fréquentes et nombreuses sont les observations d'hydarthroses intermittentes, à « bascule » ou récidivantes.

2) *Arthrite à épanchement purulent :*

Mais une forme excessivement importante à connaître est la pyarthrose gonococcique à évolution souvent peu fébrile et lente. Longtemps, cette forme fut considérée comme inexistante et niée par nombre d'auteurs anciens ; mais actuellement, les preuves abondent et les observations en sont nombreuses.

L'affection s'installe parfois d'une façon insidieuse, sans signes inflammatoires, sans gros œdème et sans rougeur locale ; souvent, seule, la ponction peut alors indiquer le diagnostic précis. D'autres fois cependant, le tableau clinique est plus saisissant, la température est assez élevée, les dou-

leurs sont prononcées et le gonflement articulaire considérable. Les complications de ces pyarthroses sont fréquentes, parfois c'est la forme septicémique d'un pronostic très grave, parfois l'évolution se fait vers l'arthrite chronique à forme ankylosante.

De toute façon, il faut conclure que ces formes, par les sequelles graves qu'elles entraînent, doivent être diagnostiquées très rapidement et traitées d'une façon énergique et immédiate.

§ 3. - ARTHRITES CHRONIQUES

Ces différentes formes aiguës ou subaiguës évoluent parfois avec une lenteur désespérante ; parfois cette durée excessive de l'arthrite est due à des erreurs de diagnostic, partant de traitement ; d'autrefois, malgré un diagnostic précoce et un traitement vaccinothérapique ou chimique, l'arthrite tend à s'éterniser et à se compliquer d'ankylose. Le malade continue à souffrir, toute mobilisation éveille des douleurs insupportables, et, peu à peu, le malade devient un véritable infirme par ankylose de l'articulation accompagnée de déformations plus ou moins accentuées.

D'autres fois, on note une guérison rapide, suivie d'un nombre, plus ou moins grand, de rechutes. FOURNIER avait déjà insisté sur la fréquence des récurrences de ces arthrites gonococciques, et, depuis, les observations abondent. Cette prédisposition

devra servir de leçon prophylactique, « et il faudra avertir les malades de ce gros risque de complications articulaires que constituera pour lui chaque atteinte gonococcique nouvelle ».

D'ailleurs, point n'est besoin d'une uréthrite nouvelle pour déclancher une réapparition de l'atteinte articulaire ; la synoviale peut être, elle-même, un réservoir de virus et le réveil pourra fort bien être le fait d'un traumatisme ou même d'un acte opératoire. Cependant, en règle générale, c'est dans les vésicules séminales que se terre le gonocoque ; dans ce cas, un excès sexuel sera souvent la cause de la rechute. Ces récides ne vont pas toujours sans gravité, car elles évoluent de diverses manières tout comme l'atteinte primitive.

Toutes ces affections ne sont pas, à proprement parler, purement chroniques, car elles ont, pour la plupart, un début plus ou moins brutal, dont une phase aiguë ou subaiguë d'une durée variable. Il est, toutefois, certaines formes où l'arthrite est d'emblée chronique, c'est-à-dire qu'elle s'installe d'une façon insidieuse, lente et progressive. Dans ces formes franchement chroniques, on peut envisager trois classes :

- 1° Les arthrites mono-articulaires ;
- 2° Les arthrites segmentaires ;
- 3° Les arthrites généralisées.

I. - En premier lieu, parmi les premières, nous devons citer l'arthrite plastique ankylosante. Cette

forme est à peu près pathognomonique de l'infection gonococcique, si bien que FRANKE a pu dire : « J'ai l'habitude devant une ankylose, survenue à l'âge adulte, de penser à la blennorrhagie — en premier lieu — et de m'y tenir jusqu'à preuve certaine du contraire ». On peut voir, dans ce cas, les phénomènes inflammatoires chroniques persister très longtemps accompagnés de poussées douloureuses, avant de voir l'ankylose indolore s'installer définitivement.

On rencontre également des atteintes articulaires qui simulent exactement la tumeur blanche, où l'on est étonné de voir le gonocoque. Enfin, de nombreuses arthrites sèches et hydarthroses prolongées ont pour véritable cause l'infection blennorrhagique.

II. - *La forme segmentaire* comporte trois types principaux :

- a) *La polyarthrite noueuse pseudo-goutteuse ;*
- b) *Le pied blennorrhagique ;*
- c) *La spondylose.*

a) C'est FOURNIER qui, le premier, a bien mis en évidence la polyarthrite noueuse pseudo-goutteuse, aussi, nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter ses propres paroles : « Le rhumatisme noueux blennorrhagique paraît être une affection complexe. Il est à croire, en effet, qu'il ne porte pas seulement son action sur les jointures, mais qu'il

intéresse aussi les tissus fibreux péri-articulaires, voir même le périoste. Ce qui caractérise cette forme morbide, c'est la déformation qu'elle imprime aux jointures.

D'une façon générale, on peut dire qu'elle consiste en des tuméfactions péri-articulaires semblant résulter soit d'une hypertrophie des extrémités osseuses, soit d'une hyperplasie des tissus fibreux périphériques, et constituant, au niveau de l'articulation, des sortes de nodosités, de cals, de bosselures, qui ne sont pas sans quelques analogies d'aspect avec la déformation de la goutte, ou mieux encore du rhumatisme noueux...

Suivant les cas et l'âge de la maladie, la jointure est ou douloureuse, ou peu sensible; rosée ou exempte de coloration morbide; immobilisée d'une façon presque absolue ou susceptible de mouvements incomplets.

Au palper, tantôt on la trouve entourée d'un empâtement diffus, toujours assez ferme et non oedémateux, tantôt, au contraire, elle ne fournit que la sensation d'une tumeur osseuse sous-cutanée, d'une hyperostose des épiphyses articulaires.

Je n'ai rencontré, jusqu'à ce jour, le rhumatisme noueux que sur quatre points :

- 1° L'articulation des phalanges entre elles ;
- 2° L'articulation métacarpo-phalangienne ;
- 3° L'articulation carpo-métacarpienne ;
- 4° L'articulation du gros orteil.

Donc, localisation presque exclusive sur les extrémités des membres.

b) FOURNIER a également décrit une autre complication, c'est « le pied blennorrhagique ». Dans son traité sur les « Arthrites gonococciques », MONDOR en donne une très bonne description : « Les déformations les plus fréquentes, dit-il, sont : l'affaiblissement de la voûte plantaire (pied plat) et l'affaiblissement et l'élargissement de l'arrière pied (par ostéoporose et tassement astragalien ou astragalo-calcanéen). Le pied plat, en particulier, est à peu près de règle au bout de quelque temps et pour toutes lésions primitives, arthrites isolées, arthrites multiples, calcanéite, synovite, etc... Tout y contribue, l'ostéoporose, les exostoses, l'atrophie musculaire, la distension ligamentaire, l'affaiblissement consécutif à la nécessité prolongée d'une marche viciée par les phénomènes douloureux.

« Les phénomènes douloureux sont au premier plan dans l'histoire de la maladie. Presque toujours, c'est un malade qui a eu une phase de polyarthrite ou plusieurs atteintes récidivantes et éparses ; plus rarement, les douleurs se sont d'emblée et exclusivement localisées au talon ».

« La douleur vague au début, va s'accuser : douleur sous-talonnière, douleur rétro-talonnière, douleur plantaire, douleur marginale interne ou externe, douleur par épine, dès que le talon repose sur le sol, douleur diffuse pendant la marche. La

douleur du calcanéum épineux pourra être plus vive et d'emblée plus caractéristique... »

« Le pied est globuleux, quelquefois plus gros, souvent au niveau du talon (placer le malade à genoux sur son lit ou debout en tournant le dos), quelquefois élargi dans toute sa hauteur sous malléolaire. La douleur au palper est, assez souvent, de localisation difficile : il y faut un examen méthodique, la recherche de tous les mouvements et l'exploration des divers interlignes articulaires avec repérage précis ».

Les phénomènes douloureux sont rapidement odieux dans certains cas ; il s'agit d'hommes surtout employés à un travail debout (maladie des sergents de ville disait DESPRES)...

Il faut ajouter à la physionomie générale de ces pieds des troubles vaso-moteurs très fréquents : aspect violacé, sueurs profuses, sensation de froid, quelquefois kératose plantaire en semelle ou en cornes isolées.

La tenacité et la longue durée de ces formes ne doivent pas être imputées uniquement à l'erreur du diagnostic, qui, presque toujours, a été commise au début de la maladie, car même décelées dès le début et traitées convenablement, on peut les voir s'éterniser et ne disparaître qu'après des mois ou même des années.

c) Sous le nom de « *Spondylose rhizomélique* », M. P. MARIE a décrit l'ankylose de la colonne vertébrale et les ankyloses de la racine des membres. Le

plus souvent, la maladie gagne par étape ; c'est d'abord une série de poussées douloureuses du côté des hanches et de la colonne lombo-sacrée, suivie d'un certain degré d'ankylose ; puis la colonne dorsale, la colonne cervicale et les épaules sont prises à leur tour.

La colonne vertébrale présente toujours une certaine cyphose à grand rayon, provoquant une gêne respiratoire. De plus, la démarche est rendue très pénible par suite de la soudure des articulations coxo-fémorales.

Mais cette forme totale est rarement réalisée, le plus souvent on trouve des formes plus localisées : spondylose ankylosante segmentaire (cervicale, dorsale, moyenne, lombo-sacrée), spondylose ankylosante totale, enfin spondylose ankylosante et ankyloses multiples (rhizomélisque, sternoclaviculaire, temporo-maxillaire, genoux).

L'évolution de ces spondyloses est excessivement longue, elle demande le plus souvent plusieurs années. Elles doivent être diagnostiquées le plus rapidement possible et traitées avec la dernière énergie, vu leur gravité, avant le stade de méniscite ossifiante et l'ossification des ligaments.

III. - *Forme généralisée chronique, ankylosante et cachectisante.*

Cette forme grave est heureusement très peu fréquente. En général, il s'agit de malade ayant eu

plusieurs blennorrhagies, la première s'étant passée normalement, mais les autres s'étant compliquées d'arthrite. Ce malade, atteint d'abord de formes aiguës ou subaiguës, a vu ses récurrences devenir moins accentuées et moins douloureuses, mais, peu à peu, l'arthrite s'installait d'une manière définitive. Les articulations lésées s'ankylosent, le malade devient un infirme ; cette affection s'accompagne, en outre, d'une amyotrophie considérable, de sorte que le malade ressemble « plus à un myopatique qu'à un rhumatisant ». Enfin, le malade se cachectise et meurt tuberculeux ou enlevé par une affection intercurrente.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

§ 1. - CLINIQUE

Trop souvent, le malade est classé parmi les rhumatisants, et, devant l'échec des divers traitements, on songe alors seulement à la blennorrhagie. Parfois il est trop tard, l'arthrite est déjà au stade chronique, et faute de rapidité dans le diagnostic, le malade devient un infirme ou un impotent.

Certes, le diagnostic exact n'est pas toujours facile, il est même souvent fort délicat ; aussi faudra-t-il faire très attention aux antécédents vénériens et pratiquer un examen complet et systématique du malade. Malgré toutes les descriptions et les classifications livresques, les causes d'erreurs sont très nombreuses et des embûches de toutes sortes guettent le praticien à chaque pas.

Une erreur faite assez souvent est la confusion d'une arthrite phlegmoneuse avec un phlegmon ordinaire, et, dans les services chirurgicaux, on

voit parfois des malades envoyés par leur médecin pour phlegmon ou hygroma suppuré.

Mais la grosse difficulté réside à discerner une polyarthrite pseudo-rhumatismale avec un rhumatisme auriculaire aigu. De nombreux parallèles ont été dressés, le plus célèbre est assurément celui de FOURNIER ; mais hélas, ils sont trop théoriques, et n'ont pas une grande valeur pratique. Lui-même, d'ailleurs, concluait : « Ce qui fait notre embarras, ce qui produit et ce qui entretient les dissidences sur le sujet, c'est l'absence d'une caractéristique permettant de distinguer le rhumatisme coïncidant par aventure avec une blennorrhagie ». La polyarthrite gonococcique peut, en effet, s'accompagner d'angine, de sueurs, de températures élevées et même d'herpès ; en outre, l'endocardite peut venir compléter la similitude et rendre alors la distinction excessivement délicate.

La seule méthode vraiment pratique est de faire un examen clinique complet sans rien omettre, et TANTON y insiste en ajoutant : « Chez l'homme, faites le toucher rectal ».

En effet, la seule preuve certaine de l'origine blennorrhagique, c'est la découverte du gonocoque. Mais un fait sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention du praticien, c'est le danger de l'épreuve du salicylate. Combien de complications graves sont dues à cette erreur. Etiqueté rhumatisant, le malade reçoit une dose journalière de salicylate ; au bout de quelques jours, on obtient une sédation de la plupart des arthrites. Une seule cependant pa-

raît rebelle au traitement, néanmoins on espère la vaincre. Si, par malheur, l'endocardite vient compléter la confusion, la dose de médicament est aussitôt accrue ; mais, hélas, il est trop tard et la blennorrhagie s'est cachée jusqu'au bout sous le masque du rhumatisme.

Il faudra donc, devant toute arthrite suspecte, faire un examen approfondi du malade : uréthre, prostate, vésicules séminales, épидидyme et, chez la femme, l'uréthe, vagin, annexes, etc.,.

En tous cas, un malade ne doit pas rester sous les yeux de son médecin sans que tous les efforts de l'enquête, quelquefois difficile, soient faits : examen clinique minutieux, interrogatoires exigeants, radiographie, mais surtout recherche du gonocoque. Le chirurgien, de prime abord, pourra confondre avec une tuberculose articulaire, mais un examen attentif et la radiographie lui montreront son erreur primitive. C'est le cas surtout des arthrites plastiques ankylosantes, et PONCET et LERICHE ont pu dire à ce propos : « En présence d'une ankylose, on ne pense pas habituellement à la tuberculose. Maladie essentiellement destructive, celle-ci, suivant la doctrine classique, ne fait que des produits de misère : granulations, pus caséeux, évoluant sur des lésions ulcéreuses avec plus ou moins de tissu réactionnel. On ne la croit pas capable de prendre sur le squelette le type fibro-plastique, et l'ankylose est, dès lors, dite rhumatismale. Un séro-diagnostic, fait à ce moment, révélerait la bacillose latente et signalerait les lésions ».

Dans bien des cas, le chirurgien est alors acculé au dilemme : tuberculose ou blennorrhagie, et souvent la réponse ne pourra être entièrement décisive.

La goutte peut également prêter à confusion avec la forme noueuse. Ici, les antécédents du malade seront assez importants, la goutte n'évoluant, le plus souvent, que sur un terrain prédisposé.

En résumé, on peut dire qu'il n'y a pas de signe clinique certain de l'infection blennorrhagique des articulations ; dans bien des cas, il faut la suspecter. Une seule découverte est, par elle-même décisive, celle du gonocoque.

§ 2. - LABORATOIRE

1. — *Chimique.*

Tout d'abord, un signe auquel DESCARPENTERIES attache une certaine importance, permet de donner une probabilité à l'infection gonococcique :

Signe de DANIN, consiste à rechercher la neutralité au tournesol des sécrétions vaginales.

2. — *Diagnostic bactériologique.*

C'est assurément la seule preuve absolue de la nature gonococcique de l'infection. Le premier soin du médecin doit être la recherche du gonocoque à

sa source même, examen du suintement urétral, s'il existe, ou des filaments prostatiques après massage ; chez la femme, il faudra examiner très attentivement les sécrétions vaginales. Il est fréquent de ne trouver aucune trace de gonocoque dans les voies génito-urinaires il ne faut pas, de ce fait, en abandonner la recherche. Dans ces cas, la spermoculture, faite dans de bonnes conditions, pourra donner des résultats intéressants, car souvent ce microbe reste latent dans les vésicules séminales.

Ces examens de sécrétions doivent être répétés avec un véritable acharnement, car l'inconstance du gonocoque est excessive, et parfois on ne décelera sa présence qu'au bout de six, dix examens, ou même davantage.

Mais il ne faut pas s'en tenir à ces seuls résultats, il faut chercher le gonocoque au niveau même de l'atteinte articulaire. Longtemps, la découverte du germe lui-même a été exceptionnelle dans le liquide articulaire. De fait, la recherche est extrêmement difficile car pour affirmer un résultat négatif ou positif, il faut s'entourer de précautions méticuleuses.

Comment pratiquer le prélèvement du liquide ? Si l'on se contente d'une ponction banale faite dans des conditions d'aseptie rigoureuse, on court à peu près fatalement à un insuccès. Il faut pratiquer une véritable biopsie, car le gonocoque se trouve surtout dans la synoviale même.

a) Examen microscopique.

En outre, pour affirmer la présence certaine du gonocoque, il faut que le germe réunisse ces trois conditions fondamentales :

- 1° Disposition en diplocoques ;
- 2° Gram négatif ;
- 3° Constance des formes intracellulaires.

Le premier caractère se vérifie facilement par une simple coloration au bleu de méthylène.

Quant aux deux autres, ils offrent une certaine difficulté à l'examen. En effet, il faut faire une coloration qui teinte différemment le diplocoque Gram négatif et le plasma cellulaire. La coloration au Pappenheim permet de réaliser cet artifice ; c'est un colorant composé de vert de Méthyle, de pyroline dissout dans l'alcool absolu, et d'eau ; en outre, au lieu d'employer la fuschine, il est préférable d'utiliser l'éosine, ou mieux encore le rouge acétique neutre à 1 % (LUTZ). Par cette méthode, le gonocoque se teinte en rouge, le noyau des leucocytes en vert et le plasma leucocytaire en rose pâle.

b) Culture.

Pour éliminer encore les germes présentant des caractères morphologiques et tinctoriaux analogues, on peut faire une culture. On la divise en une série de tubes contenant de la gélose ascite tournesolee et chacun un sucre différent : saccha-

rose, glucose, lévulose, maltose, etc... ; le gonocoque ne fait virer au rouge que le milieu glucosé, car, dans les autres tubes, il ne provoque aucune fermentation.

Dans certains cas de septicémie, l'hémoculture donnera de bons résultats ; mais, ici encore, il faudra s'armer de patience et répéter les prises de sang abondantes (10 à 20 centimètres cubes). L'examen bactériologique se fera alors selon la technique habituelle.

c) Méthode biologique.

La recherche de la présence du gonocoque peut se faire également par une méthode biologique : c'est le procédé de fixation de l'Alexine suivant le procédé de BORDET-GENGOUT. Depuis les publications de MULLER et OPPENHEIM, cette méthode a suscité un grand nombre de travaux. En 1923, THOMSON de Londres donne les résultats de ses expériences : « 100 % de résultats positifs dans les arthrites aiguës gonococciques ; 94 % dans les arthrites cliniquement gonococciques ; 0 % dans le rhumatisme chronique sans évidence de blennorrhagie ».

Le point délicat de cette réaction est le choix d'un antigène convenable, et pour DOMBRAY « l'émulsion de plusieurs souches de gonocoques dans l'eau physiologique » répond à toutes les conditions exigées. Cette méthode constitue donc un excellent moyen de recherche ; ses réponses négatives ne sont évidemment pas sans appel, mais elle permet d'éclairer décisivement un cas obscur.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le nombre de traitements est très considérable, et cette multiplicité même montre bien à quelles difficultés on se heurte. D'aucuns prétendent que l'arthrite gonococcique n'est pas du ressort chirurgical, et que seul le médecin peut la guérir d'une façon satisfaisante. Actuellement, nous sommes loin de ces prétentions soutenues par M. ROBIN ; il est juste de dire avec König : « Les arthrites blennorhagiques sont une maladie d'un ordre souvent chirurgical, au moins autant que la tuberculose articulaire ». En vérité, on ne peut fixer de règle absolue, et sans s'exclure les deux méthodes doivent souvent se compléter.

Nous passerons rapidement en revue les traitements médicaux et physiothérapiques et nous nous attacherons plus particulièrement au traitement chirurgical.

§ 1. - TRAITEMENT MEDICAL

Avant toute tentative de traitement, il importe de s'attaquer immédiatement à la source même de la maladie, c'est-à-dire le plus souvent à l'urétrite ou à l'infection des voies génitales. En effet, le médecin doit se proposer deux grands buts :

1° La fin de la maladie aiguë, c'est-à-dire la guérison clinique du foyer initial, de l'arthrite, de la septicémie ;

2° Le retour des mouvements articulaires.

Donc deux traitements locaux :

a) Celui de l'infection uro-génitale par les méthodes habituelles ;

b) Celui de l'arthrite elle-même.
et un traitement général.

A) IMMOBILISATION

L'immobilisation fut portée aux nues par certains auteurs tels que VERNEUIL, tandis que d'autres, avec VIGROUX, TESSIER et BONNET, l'accusent d'être la cause de toutes les « atrophies musculaires, des raideurs musculaires et des ankyloses ». Les deux avis sont également justifiés, car tout dépend de l'opportunité de son application.

Quand peut-on immobiliser une articulation ? Ce traitement est surtout indiqué dans les formes excessivement douloureuses, qui malheureusement,

mènent le plus souvent à l'ankylose. L'immobilisation répond alors à deux buts : tout d'abord, elle amène une sédation très rapide des phénomènes douloureux. le malade peut ainsi se reposer et dormir. En outre, comme ces arthrites se révèlent parfois invinciblement ankylosantes, elle permet de régler l'ankylose et de maintenir l'articulation dans la position la moins défavorable.

Cette méthode cependant ne convient que dans les cas bénins, dans les autres formes, elle n'est qu'un pis aller où le médecin se contente de diriger l'ankylose tout en laissant le malade devenir infirme. Il y aura donc lieu de ne l'employer que pour obtenir une sédation rapide des phénomènes aigus.

B) MOBILISATION

Cette méthode est de beaucoup préférable, déjà BOYER y insistait : « Dans toutes les maladies articulaires susceptibles de se terminer par l'ankylose, il faut faire tous les jours des mouvements gradués et ménagés aussitôt que la maladie le permet ».

Mais c'est WILLEMS qui en a fait une règle générale : mobilisation précoce, et mobilisation immédiate après l'acte chirurgical.

La mobilisation forcée sous anesthésie, pour éviter l'ankylose, doit être pratiquée avec une grande circonspection, car elle expose à bien des accidents.

C) MASSAGE

Préconisé par quelques médecins, ce traitement est peu recommandé et son application demande une extrême prudence.

D) MÉDICAMENTS

En action locale, à peu près tous les médicaments ont été essayés ; le seul résultat que l'on puisse en attendre est une sédation rapide de la douleur.

Pour le traitement général, les iodures, les arsenicaux, le salicylate, les métaux colloïdaux ont eu, tour à tour, leurs moments de faveur et tous comptent un certain nombre de succès. En résumé, le nombre de médicaments vantés par les praticiens s'élève au moins à une cinquantaine ; tous ont leurs partisans et leurs détracteurs. Ces faits montrent bien qu'il n'y a aucune thérapeutique vraiment spécifique et sûrement efficace.

E) SÉROTHÉRAPIE

Un mot d'abord sur l'autosérothérapie, cette méthode pratiquée de trois façons :

autohémothérapie,

autosérothérapie,

exsudothérapie,

ne paraît pas donner de résultats bien satisfaisants. Malgré quelques succès, la plupart des cas traités de cette manière n'ont donné que des améliorations temporaires et peu considérables.

Déjà, depuis 1897, DE CHRISTMAS avait présenté l'action anti-toxique et neutralisante du sérum d'animaux immunisés contre le gonocoque. Mais ce n'est qu'en 1906 que les premiers essais de sérothérapie chez l'homme furent entrepris. Comme pour les autres traitements, les résultats sont très contradictoires. Toutefois, le nombre des succès thérapeutiques est assez encourageant. De nombreuses sortes de sérum ont été employées, nous n'en citerons que les principales :

Deux sérums spécifiques : le sérum de NICOLLE, utilisé par voie sous-cutanée intra-musculaire, intra-articulaire, intra-veineuse, n'a pas grande efficacité.

Le sérum de STERIAN, « polymicrobien antigonococcique préparé à l'aide d'un antigène récolté directement dans son milieu naturel, le pus blennorrhagique ». Cependant, son efficacité est à peu près nulle, et la commission des sérums disant « qu'il est impossible de faire une différence vis-à-vis du gonocoque ou d'un microbe quelconque entre un sérum équin normal et le sérum de STERIAN » a strictement limité son emploi à l'oculistique.

Les sérums antigonococciques étant d'une préparation excessivement difficile, on s'est adressé à d'autres germes.

En premier lieu, nous citerons le sérum anti-méningococcique qui a donné d'excellents résultats en injections sous-cutanées. Toutefois, comme pour tous les traitements, les échecs sont nombreux

et certains auteurs tels que BERNARD (1921) prétendent « qu'il peut y avoir des accidents précoces, graves ; on a signalé des cas de mort subite, les accidents tardifs seraient assez fréquents, consistant surtout en accidents septiques ».

On a essayé également les sérums diphtériques, streptococciques, polyvalents (gonocoques et bacilles typhiques), mais les observations sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse leur conférer une certaine efficacité.

Deux modes d'emploi sont surtout efficaces dans le traitement des arthrites : L'injection intra-articulaire ; sa technique est facile ; après avoir évacué par ponction une certaine quantité de liquide, on introduit dans l'articulation une quantité de sérum égale ou inférieure à celle du liquide retiré.

Il est utile cependant de joindre au traitement intra-articulaire quelques injections intra-musculaires de sérum.

L'injection intra-veineuse paraît la meilleure méthode thérapeutique dans les formes septicémiques de la blennorrhagie. « Dans le traitement des arthrites anciennes, surtout si celles-ci sont le siège de poussées inflammatoires discrètes, elle donnera parfois des résultats inespérés. Ces effets thérapeutiques ont été constants, dans tous les cas traités jusqu'à ce jour. La sérothérapie intra-veineuse ne présente pas d'inconvénients à condition d'observer toutes les précautions nécessaires » (MONDOR).

F) VACCINOTHÉRAPIE

Il existe actuellement de très nombreux vaccins spécifiques, non spécifiques, mixtes, stock-vaccins mono ou polyvalents, auto-vaccins mono ou polymicrobiens. Ils se caractérisent également par leur mode de préparation : vaccins aqueux, antiseptiques, à l'alcool-éther, huileux, etc... Les plus employés dans la pratique courante sont :

Le vaccin de l'Institut Pasteur de NICOLLE et BLAIZOT.

Le Néo-Dmégon.

Le vaccin Bruschetti.

Le mode d'emploi le plus en usage est la voie sous-cutanée ; mais la vaccinothérapie n'est pas sans danger, elle exige une surveillance clairvoyante. Cette méthode se montre parfois très efficace, et c'est ainsi que nous avons sous les yeux une observation qui montre l'action évidente de ce traitement.

« Jeune fille de 20 ans, tisseuse de profession, entrée au service de M. le Professeur VAUTRIN le 31 Décembre 1920.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans.

Depuis un mois environ, elle accuse des pertes blanches tachant le linge.

Il y a trois semaines environ que la malade se plaint de douleurs dans l'épaule droite et, de ce fait, les mouvements du bras sont à peu près impossibles. A son entrée, la malade a une température légèrement fébrile,

Le bras est en légère abduction ; l'articulation scapulo-humérale est très peu tuméfiée.

Les palpations éveillent des douleurs en divers points ; de plus, les mouvements sont limités et douloureux et, à chaque mouvement du bras, l'omoplate est entraînée.

On constate un écoulement vaginal et l'examen pratiqué au spéculum indique une vaginité blennorrhagique avec endométrite cervicale.

La malade est soumise à un traitement au Néo-Dmégon et, vers le 15 Janvier, sort guérie de son arthrite. »

Les résultats ainsi obtenus, quoique souvent contradictoires, méritent cependant qu'on y attache une valeur réelle.

G) PROTÉÏNOTHÉRAPIE

On a employé tour à tour la peptone, le lait, la caséine, le lait peptoné, la cibalbumine. Cette méthode est basée sur le choc protéinique ; quelques succès ont pu être obtenus, mais ce procédé est actuellement très peu employé.

H) PHYSIOTHÉRAPIE

L'hypérémie active ou passive obtenue par la chaleur, le bain ou la douche d'air sont des adjuvants qui rendent parfois d'excellents services. Il en est de même pour la radiumthérapie et l'électrothérapie.

§ 2. - TRAITEMENT CHIRURGICAL

A) DIFFÉRENTS PROCÉDÉS

1) *Ponction* :

C'est à dessein que nous plaçons la ponction sous la rubrique chirurgicale, car elle doit être entourée des mêmes précautions qu'une opération de plus grande ampleur.

Les surfaces cutanées devront être nettoyées très minutieusement et désinfectées à la teinture d'iode ; l'aiguille à ponction devra être aussi soigneusement stérilisée qu'un forceps ou autre instrument chirurgical. Il n'est pas inutile non plus d'utiliser les champs opératoires ; en un mot, on ne saurait prendre trop de précautions. Combien d'infections ont été apportées par des ponctions non stériles. Nous n'en citerons qu'un exemple où l'on voit une ponction, répétée à trois reprises, mener le malade à l'amputation, par suite d'infection de toute la région articulaire et péri-articulaire.

OBSERVATION : Jeune homme de 18 ans qui, entré le 10 Décembre 1919, au Service de Chirurgie, alors dirigé par M. le Professeur VAUTRIN.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents, si ce n'est une rougeole à l'âge de huit ans.

Il y a trois semaines, le malade ressent une vive douleur dans le genou gauche, brusquement, sans que, dans le cours de la journée, ne se soit manifesté aucun trouble de ce côté. A la suite de ces

phénomènes douloureux, le jeune homme n'a plus été capable de marcher ; en même temps, est apparu un gonflement articulaire assez important, qui fut considéré comme une hydarthrose.

Cinq jours après, une ponction faite par le médecin traitant ramène, aux dires du malade, un liquide citrin clair. Quelques jours après, une nouvelle ponction, nécessitée par le gonflement articulaire et les douleurs vives, donne un liquide louche.

Enfin, avant d'être envoyé à l'hôpital, le malade subit une troisième ponction qui démontre la présence de pus franc dans l'articulation.

Le malade, entré le 10 Décembre à l'hôpital, où l'on constate une forte tuméfaction du genou gauche, ainsi qu'une distention assez notable des culs-de-sac. A la palpation, on note une légère élévation de la température locale. Les tentatives de mobilisation éveillent de fortes douleurs ; l'articulation est extrêmement sensible, surtout à la partie interne. De plus, le malade a de la fièvre.

L'état général est assez bon ; on constate cependant un léger écoulement blennorrhagique, très peu marqué, et le malade avoue qu'il en est porteur depuis un mois environ.

Le 11 Décembre, l'arthrotomie de JABOULAY est faite sous chloroforme ; on laisse seulement une petite mèche de drainage dans chacun des trois orifices. En même temps, on fait le traitement de l'écoulement urétral par des injections au permanganate.

Le lendemain, on essaye la méthode de WILLEMS et l'on fait marcher le malade. Mais les douleurs sont tellement vives qu'il est impossible de persister.

Le 15, la suppuration est telle qu'on est obligé d'intervenir pour drainer largement l'articulation. On y applique un appareil de CARREL et, pour éviter une déformation du genou, on applique une attelle de BOECKEL.

Dans les jours qui suivent, la suppuration ne fait qu'augmenter, si bien que, malgré les débridements, il est impossible de lutter contre la suppuration. Le malade se cachectise, la température présente de grandes oscillations et l'agitation du malade est extrême.

On se trouve donc acculé à pratiquer l'amputation au niveau du tiers moyen, à cause de l'infiltration purulente du tiers inférieur de la cuisse.

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore nettement.

Le 15 Février, guérison presque complète et le malade sort le 7 Mars ».

Les précautions que nous indiquons précédemment ne sont donc pas exagérées pour une opération en apparence si anodine.

La ponction est faite dans deux buts :

Pour provoquer l'évacuation du liquide et amener ainsi la disparition momentanée des phénomènes douloureux ou pour être suivie d'une injection de substance thérapeutique.

Néanmoins, la ponction n'est pour ainsi dire

qu'un demi-traitement, car le véritable moyen de vider une articulation, c'est l'arthrotomie.

2) *Arthrotomie*

a) *Historique.*

Cette méthode fut préconisée, dès 1870, par LISTER : « Comme nous pouvons ouvrir les articulations sans danger, il nous est permis de faire de larges incisions avant l'établissement de la suppuration ; or, j'ai remarqué que ce mode de traitement est extrêmement puissant pour prévenir la transformation purulente ».

En 1897, O'CONNOR disait également : « Opérez dès que possible, aussitôt que l'affection a amené un gonflement ou un épanchement articulaire ».

Enfin, de nombreux médecins avouent leur impuissance à guérir une arthrite sans l'aide de la chirurgie : « Si la mono-arthrite est suppurée, il sera nécessaire de confier le malade au chirurgien, qui fera une arthrotomie » (RENAULT).

La sérothérapie et la vaccinothérapie ont, momentanément, battu cette méthode en brèche ; mais leurs échecs, peu à peu avoués, et les progrès incontestables de la chirurgie articulaire réalisés pendant la guerre, ont désormais assuré une place de tout premier ordre à l'arthrotomie.

Quand doit-on opérer ? A cela nous pouvons répondre : « Le plus tôt possible, opérez dès que la notion de gravité est certaine ». « N'attendez pas,

disait O'CONNOR, que d'autres arthrites et le cœur fassent le diagnostic. Quand plus d'une articulation est atteinte, l'opération doit être faite immédiatement, même si le cœur est atteint. Il ne peut sortir aucun bien à permettre aux articulations infectées de rester des réservoirs à virus ».

b) *Technique.*

1° *Opération* : Plusieurs techniques opératoires peuvent être adoptées. Les uns ne font qu'une « ponction au bistouri » ou une petite incision de quelques centimètres. Assurément, cela permet de vider l'articulation et d'en faire une asepsie sommaire, mais ce n'est encore qu'une demi-mesure. L'ouverture doit être large ; le chirurgien doit voir toute l'articulation ; seule, cette pratique permet d'enlever tout le liquide et surtout les caillots fibreux qui sont de véritables réservoirs de gonocoques, et dont le gros volume ne permet pas l'évacuation par une petite incision.

D'autres vont plus loin encore et disent que : « Non seulement il faut évacuer le liquide articulaire, mais qu'il faut voir et toucher la synoviale dans ses moindres franges, ses moindres replis, sous peine d'encourir des récidives ».

2° *Soins post-opératoires* : Après cette ouverture de l'articulation et l'expulsion du liquide arti-

culaire, la plupart des chirurgiens font un lavage minutieux de toute l'articulation. Dans ce but, on emploie surtout les sérums, l'éther, le chlorure de zinc, l'eau phéniquée, l'eau iodée et l'eau bouillie à 50°, etc...

On préconise aussi l'action des rayons ultraviolets sur l'articulation ouverte laissée exposée à leur action pendant dix minutes environ, ou encore le passage de courants d'oxygène ou d'air chaud. En résumé, après avoir fait l'ouverture large de l'articulation, on la stérilise le mieux possible.

Mais tout n'est pas terminé ; autrefois, on drainait largement et longtemps. Cette pratique est actuellement abandonnée. Le plus souvent, on referme immédiatement, ou tout au plus, pour certaines pyarthroses, on laisse un petit drain très court pendant un jour ou deux.

Dans les cas de pyarthrose, le drainage peut être évité par certains procédés dont le meilleur est celui que préconise WILLEMS. Au trente-cinquième Congrès de Chirurgie en 1926, cet auteur a résumé et précisé sa méthode.

Il distingue trois formes d'arthrites :

- a) L'une avec épanchement séreux,
- b) La deuxième avec exsudat solide,
- c) La troisième avec épanchement purulent.

Bien entendu, à tous ces cas il applique la mobilisation active, immédiate et précoce, mais après des actes opératoires différents.

a) Pour la *première* forme, une ponction précoce suffit souvent.

b) *L'arthrite à exsudat solide* est plus grave, parce qu'elle tend, le plus souvent, à l'ankylose. La cavité articulaire est bourrée de blocs fibrineux et tous les tissus péri-articulaires en sont infiltrés. Deux buts à atteindre : suppression de la douleur, lutte contre l'ankylose. « Je fais, dit-il, une longue arthrotomie verticale qui ouvre largement la synoviale, dont j'enlève les amas fibrineux, les blocs d'exsudats solides, jusqu'à vider complètement la cavité articulaire. Puis je fais de même pour les tissus péri-articulaires dont j'extirpe les amas d'exsudats. L'arthrotomie est ensuite fermée par soudure hermétique ».

c) *Contre les formes à épanchements purulents*, il convient de faire une arthrotomie la plus large possible ; l'articulation est laissée entièrement ouverte « en soignant qu'elle ne tende pas à se fermer par ses angles, danger particulièrement menaçant dans l'arthrite gonococcique. Il faut ensuite passer sans délai à la mobilisation active ».

Pour empêcher la fermeture de la plaie, WILLEMS indique un procédé qui consiste « à passer au travers de l'articulation un crin unique, dont les chefs sont ramenés en avant, de manière à former un anneau lâche... Ce crin, en glissant doucement d'une extrémité à l'autre, scie en quelque sorte les adhérences ».

La mobilisation active, sur laquelle insiste beaucoup son auteur, a pour but d'évacuer tout le liquide de la cavité par l'expression provoquée par le frottement des surfaces articulaires et les contractions des muscles voisins. Son application correcte est extrêmement difficile, car le malade comprend rarement l'intérêt des mouvements qu'on lui impose et qui lui provoquent des douleurs assez vives. Aussi, WILLEMS insiste sur l'éducation du personnel infirmier qui doit bien connaître la méthode, avoir foi en elle et qui, à toute heure du jour, doit être au chevet du malade et l'encourager à persévérer dans ses efforts.

« Enfin, ajoute-t-il, il faut savoir que, lorsqu'au cours d'une mobilisation qui s'exécute régulièrement, apparaît tout à coup une impotence fonctionnelle avec douleur et fièvre, c'est qu'il s'est produit de la rétention, souvent minime d'ailleurs, et que pour faire rentrer tout dans l'ordre et amener la reprise des mouvements, il suffit de faire cesser la rétention par une mobilisation plus complète ou plus fréquente ».

Un autre point sur lequel il faut également insister, c'est le danger de la mobilisation passive : celle-ci n'exprime bien que le liquide articulaire, le pus contenu dans les tissus avoisinants, n'en peut être chassé correctement, car les contractions musculaires sont alors sans énergie, donc sans efficacité.

Toutefois, les arthrites gonococciques ayant nécessité l'arthrotomie, sont en général « atroce-

ment douloureuses » et la mobilisation active est à peu près impossible. On se verra donc obligé parfois de pratiquer une ou deux séances de mobilisation passive sous anesthésie.

Quelques auteurs divergent cependant sur un certain point : ils préfèrent suturer tout de suite les lèvres de la plaie ; « si des signes de rétention surviennent, il suffira de ponctionner une fois, deux fois, trois fois si c'est nécessaire ». C'est là une légère divergence de technique, mais l'idée même n'est pas modifiée.

A l'arthrotomie, on peut joindre la sérothérapie ou la vaccinothérapie ; « il est désirable, dit ROUVILLOIS, que l'une et l'autre soient appliquées d'une façon aussi précoce que possible, car elles sont, l'une et l'autre, inefficace s'il existe des lésions constituées ». Dans son rapport au Congrès de Chirurgie, MONDOR fait confiance à la méthode mixte : arthrotomie et vaccinothérapie.

Les résultats obtenus sont très variables ; les uns semblent affirmer des succès en série, tandis que d'autres avouent des succès partiels ou même des échecs absolus.

L'arthrotomie avec mobilisation immédiate est la méthode adoptée par notre maître, le Professeur HAMANT, dans son service chirurgical des Hôpitaux de Nancy. Nous citerons un cas où cette technique a donné des résultats excessivement bons : il s'agit d'un malade soigné par le Docteur DOMBRAY, à l'amabilité de qui nous devons l'observation, et opéré en collaboration avec le Professeur HAMANT.

OBSERVATION : M. X..., âgé de 32 ans. Comme antécédent pathologique, on ne relève qu'une blennorrhagie chronique datant de six ans.

La gono-fixation est positive.

Le malade terminait alors une période d'officier de réserve dans l'artillerie ; à cette occasion, il avait dû faire beaucoup d'équitation.

Quarante-huit heures après une longue équipée, apparaissent brusquement des douleurs très violentes, subintrantes, localisées au genou gauche.

Le genou est alors augmenté de volume ; la jambe est en flexion et la malade pousse des hurlements tant les douleurs sont atroces.

Dans les premières vingt-quatre heures, on tente la méthode de choc par des médications chimiques et biologiques ; ce procédé n'ayant donné aucun résultat, on essaie la thermothérapie, qui se montre sans efficacité.

Le lendemain, on fait une ponction qui soutire un liquide séro-purulent. Six heures après la ponction, les douleurs réapparaissent tout aussi intolérables.

Après vingt-quatre heures, M. le professeur HAMANT fait une arthrotomie par incision du cul-de-sac latéral gauche. L'articulation est lavée au sérum physiologique et à l'éther.

Aussitôt, le malade est soulagé, les douleurs disparaissent ; toutefois, le moindre mouvement est très douloureux.

Malgré cela, on procède immédiatement à la mobilisation active d'abord par de petits mouve-

ments du membre inférieur, puis par des légères flexions du genou.

A cinq jours d'intervalle, on fait, néanmoins, deux séances de mobilisation passive sous anesthésie :

1° Pour vider le genou de la sérosité ;

2° Pour empêcher les adhérences.

Après trois semaines, la plaie est guérie et le malade peut fléchir le genou à 30° environ. On continue les massages et la mobilisation active.

Pendant tout ce temps, la blennorrhagie fut également traitée, et, au bout de cinq mois, la gono-fixation est devenue négative et le genou a repris ses fonctions normales.

A l'heure actuelle, le malade peut se livrer de nouveau à l'équitation et à tous les sports : automobile, vélo, etc...

B) AUTRES PROCÉDÉS CHIRURGICAUX

a) Ménisectomie.

Dans quelques cas d'arthrites du genou, elle a donné de bons résultats : « Cette intervention, en même temps qu'elle enlève l'organe inutile, cause du mal, facilite énormément le drainage de toute l'articulation. Je la pratique par incision en L renversé avec section du ligament latéral » (DESCARPENTRIES).

b) *Synovectomie.*

Opération indiquée et pratiquée surtout par REYNES, sa technique est la suivante : « L'incision sur la face externe est agrandie aux ciseaux en haut jusqu'au sommet du cul-de-sac synovial, en bas jusque vers les franges de l'interligne. Un ou deux écarteurs de FARABEUF soulèvent la face antérieure du cul-de-sac. A ce moment, avec une simple pince à griffes et des ciseaux, le chirurgien, penché vers la cavité, commence à extirper la séreuse, d'abord près des lèvres de l'incision, puis successivement devant les plans ostéo-fibreux du fémur, en haut vers la réflexion du cul-de-sac et progressivement dans toute la cavité. L'extirpation de la membrane à la face interne peut très souvent être menée à bout par la simple incision de la face externe ». Cet auteur cite quelques succès obtenus par ce procédé.

c) *La résection précoce*

Pratiquée par OLLIER, peut paraître un peu radicale, mais, dans certains cas, elle permet d'abrégier la maladie aiguë et d'en limiter ses dégâts. Il est certain qu'une résection, économique dans bien des cas, pourrait être préconisée tôt.

d) *Résections secondaires*

De même, après l'échec des traitements médicaux, le chirurgien sera parfois amené à pratiquer

des résections secondaires pour faire disparaître les troubles douloureux et mêmes fébriles qui continuent à se manifester.

B) INDICATIONS OPÉRATOIRES

Si, dans les statistiques, la chirurgie enregistre un grand nombre d'échecs partiels, la responsabilité en retombe, pour la plus grande part, à l'indécision vis-à-vis du traitement de choix. L'acte chirurgical, trop souvent hélas, apparaît comme un remède héroïque réservé aux dernières extrémités. C'est là une erreur profonde et, pour ce motif, le chirurgien se trouve en face de lésion déjà constituée qu'il ne peut plus faire régresser. Il convient donc de fixer quels sont les cas susceptibles d'intervention, puisque chaque heure perdue en hésitation est une heure gagnée par la maladie.

De RONVILLE et BONNET, en 1894, observaient l'arthrotomie aux cas suivants :

1° Hydartrose récente avec épanchement abondant. Douleur limitée à l'interligne sans point osseux douloureux.

2° Hydarthrose avec épanchement volumineux très douloureux et avec lésions articulaires et péri-articulaires peu prononcées.

3° Tous les cas d'arthropathies dans lesquels le liquide, par son volume, sa tension et la douleur qu'il provoque, peut jouer un rôle important.

De nos jours, les indications se sont élargies, et LEMJÈRE conclut : « Ce qui nous a paru com-

mander, le plus souvent, l'intervention, c'est la prolongation de la tuméfaction articulaire, la reproduction incessante de l'épanchement après la ponction de la jointure, qui demeure bientôt empâtée malgré l'évacuation du liquide, et enfin la persistance des douleurs. Il se forme souvent alors, dans la cavité synoviale, un épais coagulum fibreux propice à la constitution des brides fibreuses, ankylosantes ».

En un mot, on peut dire qu'il y a nécessité opératoire devant tout épanchement volumineux et très douloureux.

VU :

Nancy, le 1^{er} Mars 1933

Le Président de Thèse,

HAMANT.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 2 Mars 1933

Le Doyen,

SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 3 Mars 1933

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ.

Président du Conseil de l'Université.

CONCLUSION

De tout ce long exposé sur les complications articulaires de la blennorrhagie, il ressort que cette question reste encore incertaine quant au mode de traitement et quant aux résultats obtenus.

Tous les traitements médicaux ou chirurgicaux ont leurs partisans et leurs détracteurs, et tous ont un palmarès plus ou moins important de succès réels. On ne peut donc indiquer de règle de conduite vis-à-vis de ces arthrites.

Vu la gravité de ces affections, le seul point sur lequel il nous faut insister, *c'est qu'il ne faut pas attendre la dernière extrémité pour avoir recours à la chirurgie. L'acte opératoire sera d'autant plus efficace qu'il aura été pratiqué de bonne heure.*

Le choix du traitement est donc laissé entièrement au sens clinique du praticien, qui devra attaquer la maladie avec acharnement, et surtout ne pas oublier de l'aller trouver à sa source première, c'est-à-dire au foyer uro-génital.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Malades atteints d'arthrite blennorrhagique (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1922, XLVIII, p. 1042).
- AUVRAY. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1923, 16 janvier 1923, n° 1, p. 27.
- BAZY. — Bull. Soc. de Chir. de Paris, 17 mars et 20 avril 1921.
- BAZY, M.-P. WEILL et WEISSMANN-NETTER. — Arthrite blennorrhagique et arthrotomie (Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris 1923, 3^e série, XLII, 502-07).
- BONNET. — Soc. de Méd. de Nancy, 11 juillet 1923.
- BRESSOT. — Traitement des arthrites blennorrhagiques aiguës (Paris Médical, n° 39, 25 septembre 1926, p. 233-237).
- O' CONOR. — British Méd. Journ, 28 Janvier 1922, n° 3187.
- DESCARPENTRIES. — C. R. 35^e Congrès Chir. de Paris 1926.
- DOMBRAY. — Progrès Médical 25 sept. 1926.
- DOMBRAY. — C. R. Soc. Biol. 1926, XCV, p. 12.
- DOMBRAY (P.). — Thèse de Nancy 1926-1927.
- DOMBRAY et MOREL. — Presse Médicale 1^{er} octobre 1927.
- DUJARIER. — Arthrite blennorrhagique du genou, ar-

throtomie, guérison (Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris 1922, XLVIII, p. 841).

DUJARIER. — Arthrite blennorhagique et arthrotomie (Bull. de la Soc. de Chir. de Paris 1923, p. 329).

ETIENNE. — Thèse de Nancy 1908.

FERNANDEZ. — Traitement cinésithérapique de l'Arthrite blennorhagique (La Semana Médic, Buenos-Ayres, 17 févr. 1927, n° 7, p. 415-425).

FROELICH. — Revue de Chir. 1923 ; Analyse in Revue d'Orthop. 1923, p. 473.

FRUHINSHOLZ. — Thèse Nancy 1902.

GABRIELLE (H.). — Trois cas d'arthrite blennorhagique, à forme subaiguë, traitée par les ponctions évacuatrices simples et les injections de sérum antigonococcique, guérison rapide. (Soc. de Méd. Mil. Franç. Paris, Bulletin 1921, XV, p. 252).

HAMANT. — Revue Médicale de l'Est, déc. 1921, 15 nov. 1922, t. L., n° 22).

HARTMANN. — Arthrite blennorhagique du genou, traitement (Journ. des Praticiens, 1^{er} septembre 1928).

HORION (L.). — Traitement de l'arthrite blennorhagique avec épanchement par l'arthrotomie et la mobilisation immédiate (Thèse de Paris 1919-1920, n° 39).

LANOS. — Paris Chirurgical (1922, XIV, p. 483).

LESNÉ et LANGLE. — Traité de Médecine de WIDAL et TEISSIER.

L'HEUREUX et COUILLARD. — Arthrite blennorhagique du genou, traitée par arthrotomie (Soc. de Méd. du Nord, avril 1926).

I. MANU, D. JONNESCO, S. CLAUDIAN et A. BRULL. — Presse médicale, 4 février 1933, n° 10.

MATHIEU. — Revue Méd. de l'Est, 15 août 1923, n° 16.

MONDOR. — Remarques sur le diagnostic des arthrites gonococciques (Art. médical n° 34, p. 30).

MONDOR. — Les arthrites gonococciques (Masson et C^{ie}, édit. 1928).

MONDOR. — Prat. Méd. Française, juillet 1926, n° 7.

MONDOR. — Rapport au 35° Congr. Franç. de Chir. Paris, octobre 1926.

MONDOR. — Sur le traitement chirurgical des arthrites gonococciques (Part. Méd. Française, mai 1928).

MONDOR et MICHEL. — Rapport au 35° Congr. de Chir. Paris, octobre 1926. Bruxelles Médical 1925, 1926, VI, 1510-1514).

MONDOR et MICHEL. — Les arthrites gonococciques (Presse Médicale 1926, p. 1303).

PIGEON. — Soc. de Chir. d'Alger, juin 1925.

PIGEON et BERNARD (L.). — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Paris 1924, I, p. 346-456.

WEILL (M.-P.). — Bulletin Médical 6-8 juillet 1927, p. 813. Revue intern. de Méd. et Chir., mai 1927, p. 65. Bull. Soc. de Méd. de Paris, mai 1927, p. 294.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
DEFINITION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i>	11
CHAPITRE II. — § I. - Etiologie.....	17
A) CAUSES EFFICIENTES	17
B) CAUSES PRÉDISPOSANTES	18
a) Diathèse arthritique	18
b) Atteinte antérieure	19
c) Prédisposition familiale	19
d) Circonstances adjuvantes	19
1° Traumatisme	19
2° Sexe	19
3° Age	19
4° Profession	20
C) LOCALISATION	20
§ 2. - Pathogénie	21
1) Théories anciennes	21
2) Théorie actuelle	23
CHAPITRE III. — <i>Etude clinique</i>	27
A) CLASSIFICATION	27
B) DESCRIPTION	29
§ 1. - Arthrites aiguës	29
a) Arthrite mono-articulaire et arthrite phleg- moneuse	29

b) Polyarthrite pseudo-rhumatismale	30
c) Forme septicémique	32
§ 2. - Arthrites subaiguës	35
a) Arthralgie	35
b) Arthrite avec épanchement	36
1° Séro-fibrineux	36
2° Purulent	37
§ 3. - Arthrites chroniques	36
I. - Arthrites mono-articulaires	39
II. - Arthrites segmentaires	40
a) Polyarthrite noueuse	40
b) Pied blennorrhagique	42
c) Spondylose	43
III. - Arthrites généralisées, ankylosantes et cachectisantes	44
CHAPITRE IV. — <i>Diagnostic</i>	46
§ 1. - Clinique	46
§ 2. - Laboratoire	49
1° Diagnostic chimique	49
2° Diagnostic bactériologique	49
a) Examen microscopique	51
b) Culture	51
c) Méthode biologique	52
CHAPITRE V. — <i>Traitement</i>	53
GÉNÉRALITÉ	53
§ 1. - Traitement médical	54
A) Immobilisation	54
B) Mobilisation	55
C) Massage	56
D) Médicaments	56
E) Sérothérapie	56
F) Vaccinothérapie	59
G) Protéinothérapie	60

H) Physiothérapie	60
§ 2. - Traitement chirurgical	61
A) Différents procédés	61
1° Ponction	61
Observation	61
2° Arthrotomie	64
a) Historique	64
b) Technique	65
1) Opération	65
2) Soins post-opératoires	65
a) Arthrite à épanchement séreux	67
b) Arthrite à exsudat solide	67
c) Arthrite à épanchement purulent	67
Observation	70
3° Autres procédés chirurgicaux.....	71
a) Ménisectomie	71
b) Synovectomie	72
c) Résection précoce	72
d) Résection secondaire	72
B) Indications opératoires	73
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77

